



Bien plus
au'une mutuelle

SANTÉ | PRÉVOYANCE
PRÉVENTION | ACTION SOCIALE
SOLUTIONS DU QUOTIDIEN

Unéo Référence

**Les garanties socle santé et prévoyance
dédiées à la communauté défense, complètes
et adaptées à chaque situation de vie**

PANORAMA DES PRESTATIONS
APPLICABLE À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2024

www.groupe-uneo.fr

Suivez-nous sur :



Unéo-Référence

- 3 -

Protéger ceux qui ont fait le choix de protéger les autres

- 4 -

Une protection complète dédiée à la communauté défense

- 6 -

Santé • Panorama des garanties

- 12 -

Santé • Exemples de remboursements

- 28 -

Assistance • Panorama des garanties

- 29 -

Prévoyance • Panorama des garanties

- 30 -

Unéo-Soutien • Panorama des garanties

- 31 -

Des repères qui vous facilitent la vie



BR : base de remboursement de la Sécurité sociale française, de la Caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de Nouvelle-Calédonie (CAFAT)¹ ou de la caisse de prévoyance sociale (CPS)².

CCAM : classification commune des actes médicaux.

COM : collectivités d'outre-mer. **DROM** : départements et régions d'outre-mer.

NGAP : nomenclature générale des actes professionnels

OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) / **OPTAM-CO** (option pratique tarifaire maîtrisée – chirurgiens et obstétriciens) : dispositifs visant à la maîtrise des tarifs et à la limitation des dépassements d'honoraires. Dans ce cadre, les soins engagés par les adhérents auprès de praticiens signataires de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO font l'objet d'une prise en charge plus importante par le régime obligatoire et, le cas échéant, par leur couverture complémentaire.

TM : ticket modérateur (différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire, avant application sur celui-ci de la participation d'un euro ou d'une franchise).

(1) Sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie. (2) Sécurité sociale en Polynésie française, Saint-Barthélemy et Saint-Pierre-et-Miquelon.

Protéger ceux qui ont fait le choix de protéger les autres

Forte d'une double appartenance militaire et mutualiste, Unéo s'engage au quotidien à garantir aux membres de la communauté défense une protection de qualité pour tous, y compris aux plus fragiles, à des prix justes dans la durée.

Qui peut bénéficier des garanties d'Unéo-Référence ?¹

- Les militaires en activité
-
- Les élèves des écoles des armées et de la gendarmerie
-
- Les militaires en reconversion
-
- Les militaires retraités
-
- Les réservistes (réserve opérationnelle et citoyenne)
-
- Les peintres des armées
-
- Le personnel civil de la Défense ou de la Gendarmerie nationale
-
- Les conjoints séparés, divorcés ou ex-partenaires ou concubins d'un membre participant
-
- Les conjoints veufs d'un membre participant
-
- Les enfants d'un membre participant ou d'un conjoint/partenaire ou concubin d'un membre participant

Unéo a été créée par et pour les militaires. Ses délégués et administrateurs sont issus de la diversité militaire et décident dans l'intérêt des personnes protégées. La Mutuelle garantit une protection spécifique en santé, en prévoyance, en prévention et dédie une action sociale unique et des solutions du quotidien à l'ensemble des forces armées. **Des garanties complètes, qui prennent en compte les spécificités du métier de militaire.** En complément, Unéo met à votre disposition des services pour limiter les frais de santé et faciliter à tous l'accès aux bons professionnels, au bon endroit. Aujourd'hui, Unéo est leader en santé sur les personnels militaires du ministère des Armées et leur famille.

LA MUTUELLE DES FORCES ARMÉES À LA HAUTEUR DES EXIGENCES DE LA COMMUNAUTÉ DÉFENSE

Référencée depuis 2011 par le ministère des Armées pour la protection sociale complémentaire de son personnel militaire, Unéo propose des garanties spécifiques, dédiées aux militaires, aux civils de la Défense, et à leur famille, qui reposent sur deux grands principes :

- associer la santé et la prévoyance pour vous protéger complètement ;
- proposer des garanties évolutives, que vous pouvez configurer en fonction de votre situation, de vos besoins et du budget que vous souhaitez y consacrer.

(1) Liste non exhaustive. Adhésion soumise au respect des conditions fixées par les Statuts d'Unéo disponibles sur groupe-uneo.fr

Unéo-Référence, une protection complète dédiée à la communauté défense

Quelles que soient votre situation et celle de votre famille,
vous bénéficiez d'une protection de qualité, complète, conjuguant santé,
prévoyance, prévention, assistance et action sociale.

Toutes les garanties d'Unéo-Référence¹ intègrent :



REMBOURSEMENT DE SOINS

Avec quatre garanties au choix qui prévoient la prise en charge totale ou partielle des frais de santé engagés sur plusieurs postes : soins courants, hospitalisation, optique, dentaire, médecines douces, prévention, cures thermales, transports, aides auditives.



MAINTIEN D'AUTONOMIE /DÉPENDANCE ET DÉCÈS² (ARMÉO)

Cette garantie vous apporte une réponse financière (rente invalidité lourde ou perte d'autonomie, capital décès), des services pour faire face à l'invalidité lourde ou la perte d'autonomie.



RAPATRIEMENT /ASSISTANCE³

Des services d'assistance pour vous soulager le quotidien en cas d'hospitalisation imprévue ou programmée, pour vous faciliter la vie en cas de problème dans votre logement, dans votre mobilité géographique ou encore votre reconversion dans le civil, pour être rapatrié en cas de décès d'un proche...

[SPÉCIALEMENT
POUR LES MILITAIRES
EN ACTIVITÉ
DE SERVICE]



INDEMNITÉS EN CAS D'INAPTITUDE À SERVIR (IAS)

Des indemnités sont versées mensuellement en cas de réduction de la solde indiciaire suite à un placement en position de non-activité en raison d'un congé statutaire, soit de longue maladie, soit de longue durée pour maladie.



RENTE ÉDUCATION

Une rente mensuelle versée en cas de décès accidentel en service aux enfants poursuivant des études secondaires ou supérieures en formation initiale, professionnelle ou en apprentissage⁴.

(1) Garanties non référencées par le ministère des Armées. Le bénéfice des garanties est soumis aux conditions définies dans le Règlement mutualiste Unéo-Référence et Unéo-International. (2) Assureur : Mutex. Le bénéfice des garanties est soumis aux conditions définies dans les Notices d'information Maintien d'autonomie/dépendance et décès. (3) La garantie Rapatriement/Assistance est assurée par IMA Assurances, les conditions sont définies dans la notice d'information y afférente. (4) Âgés de 16 ans minimum et sur une durée maximale de quatre ans, sous réserve de ne pas avoir atteint l'âge de 26 ans.



Services

Unéo²quotidien

Mon Compte sur groupe-uneo.fr
et l'application mobile (disponible gratuitement
sous Android et IOS) vous donnent accès 24 h/24,
7 j/7 à vos services indispensables.

Des services qui vous aident à maîtriser votre budget...

- **Des soins de qualité au prix le plus juste :**
vous avez accès à des réseaux de soins de qualité,
partout en France, pour réduire votre reste à charge.
Vous bénéficiez de tarifs négociés et encadrés dans
496 centres dentaires mutualistes,
1020 établissements hospitaliers conventionnés¹ et
auprès de plus de 3200 opticiens partenaires².

...et vous simplifient vos démarches

- **La télétransmission :** permet le traitement
rapide du remboursement de vos frais de santé.
- **Le tiers payant :** évite l'avance des frais de santé.

Les solutions qui vous facilitent la vie

Dédiées aux militaires et à leurs familles, Unéo
apporte des réponses à vos besoins du quotidien
et de tous vos moments de vie.



(1) Conventionnement avec la Fédération nationale de la Mutualité
Française. Chiffres au 01/01/23

(2) Appartenance au réseau Santéclair. Chiffres au 01/01/24



Prévention

Une politique de prévention répondant à la fois
aux enjeux spécifiques de la santé des militaires
et de leur famille et aux enjeux nationaux de
santé publique.

Pour vous accompagner et vous aider à prendre
soin de votre santé :

- des informations, des supports et des outils d'ex-
perts reconnus,
- des actions de prévention sur site,
- une démarche qualitative d'accompagnement de
vos besoins et de vos différentes situations de vie
par des praticiens et des professionnels qui ont
une connaissance des spécificités de la condition
de militaire ou d'ancien militaire.



Action sociale³

**Naissance, maladie, accident, décès ou encore
blessure dans l'exercice de votre métier... La vie
peut parfois nécessiter une aide exceptionnelle.**

Qu'il s'agisse d'événements heureux ou douloureux, se
sentir soutenu quoi qu'il arrive fait toute la différence.
C'est dans ce but que la Mutuelle a mis en place un
dispositif pour vous permettre de bénéficier :

- d'un fonds social, approuvé chaque année
en Assemblée générale Unéo, consacré
aux versements d'aides et notamment
d'une aide exceptionnelle aux frais de santé ;
- d'aides financières au paiement des cotisations santé
Unéo pour que les plus fragiles aient accès à une
protection de qualité⁴.

En complément, les mutuelles militaires d'accompa-
gnement social (La Caisse Nationale du Gendarme
et Solidarm) proposent un accompagnement social
spécifique adapté à toutes les situations auxquelles
les membres de la communauté défense peuvent
faire face⁵.

La mutualité militaire apporte ainsi un soutien dans
les bons comme dans les moins bons moments.

(3) Sous réserve d'adhésion à une garantie d'Unéo-Référence,
d'Unéo-Engagement ou d'Unéo-International.

(4) Le bénéfice de ces aides est soumis aux conditions définies dans
les documents contractuels en vigueur et à l'étude du dossier par la
commission sociale selon les conditions définies par la Mutuelle.

(5) Sous conditions précisées dans le Règlement mutualiste de
chaque mutuelle militaire d'accompagnement social.

Unéo-Ciblage

À choisir directement ou à conjuguer avec les garanties d'Unéo-Référence,
d'Unéo-Engagement ou d'Unéo-International⁶.

(6) Selon les conditions précisées dans le Règlement mutualiste Unéo-Ciblage.

Unéo-Référence

Afin de garantir à tous une protection sociale de qualité, Unéo vous propose Unéo-Référence. Complètes et spécifiques, les garanties d'Unéo-Référence conjuguent remboursement de soins, assistance, prévoyance et garanties adaptées à chaque situation de vie.

PANORAMA DES GARANTIES



Remboursements pour des prestations effectuées en Métropole et dans les DROM et COM (sauf N^{elle} Calédonie et Wallis et Futuna)

Soins de ville courants

		Part Sécurité sociale	Utile	Naturelle	Essentielle	Optimale
Honoraires médicaux ^{1, 2, 3}	Honoraires généralistes OPTAM	70 %	50 % BR	85 % BR	100 % BR	115 % BR
	Honoraires généralistes non OPTAM	70 %	30 % BR	65 % BR	80 % BR	95 % BR
	Honoraires spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	70 %	50 % BR	85 % BR	100 % BR	115 % BR
	Honoraires spécialistes chirurgiens, obstétriciens et anesthésistes-réanimateurs OPTAM/OPTAM-CO	70 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	115 % BR
	Honoraires spécialistes non OPTAM/OPTAM-CO	70 %	30 % BR	65 % BR	80 % BR	95 % BR
	Honoraires spécialistes chirurgiens, obstétriciens et anesthésistes-réanimateurs non OPTAM/OPTAM-CO	70 %	80 % BR	80 % BR	80 % BR	95 % BR
	Actes techniques médicaux OPTAM/OPTAM-CO	70 %	50 % BR	85 % BR	100 % BR	115 % BR
	Actes techniques médicaux non OPTAM/OPTAM-CO	70 %	30 % BR	65 % BR	80 % BR	95 % BR
	Sages-femmes	70 %	30 % BR	30 % BR	30 % BR	30 % BR
	Télésurveillance médicale	60 %	40 % BR	40 % BR	40 % BR	40 % BR
Radiologie ^{1, 2}	Actes d'échographie OPTAM	70 %	50 % BR	85 % BR	100 % BR	115 % BR
	Actes d'échographie non OPTAM	70 %	30 % BR	65 % BR	80 % BR	95 % BR
	Actes d'imagerie OPTAM	70 %	50 % BR	85 % BR	100 % BR	115 % BR
	Actes d'imagerie non OPTAM	70 %	30 % BR	65 % BR	80 % BR	95 % BR
Analyses et examens de laboratoire ^{1, 2, 3}	Actes de laboratoires OPTAM	60 %	60 % BR	95 % BR	110 % BR	125 % BR
	Actes de laboratoires non OPTAM	60 %	40 % BR	75 % BR	90 % BR	105 % BR
Honoraires paramédicaux ^{1, 3}	Auxiliaires médicaux	60 %	40 % BR	75 % BR	90 % BR	105 % BR
Médicaments ^{3, 4}	Médicaments à SMR (service médical rendu) important dont substituts nicotiques	65 %	35 % BR	35 % BR	35 % BR	35 % BR
	Médicaments à SMR (service médical rendu) modéré	30 %	70 % BR	70 % BR	70 % BR	70 % BR
	Médicaments à SMR (service médical rendu) faible	15 %	-	-	-	65 % BR
	Autres médicaments sur prescription médicale non remboursés (NR) ayant fait l'objet d'une AMM ⁵	-	-	-	-	80 % ⁶
Matériel médical ^{3, 7}	Dispositifs médicaux répertoriés dans la liste des produits et prestations (Taux sur base TC TM inclus)	60 %	40 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
	Dispositifs médicaux non répertoriés dans la liste des produits et prestations, sur prescription (Taux sur base TC TM inclus)	65 %	35 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Participation du patient	Participation forfaitaire de 24 € pour tous les actes médicaux dont le coefficient ≥ 60 (NGAP) ou de 12 € (CCAM)	-	24 €	24 €	24 €	24 €

1) Les taux affichés en complément de la Sécurité sociale comprennent le rôle du modérateur (TM) ou de médecins spécialistes de secteur 2) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique). (3) Taux exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale de Métropole. (4) Cette prise en charge s'applique aux montants facturés pour les médicaments ainsi qu'aux honoraires de dispensation y afférents. (5) À l'exception des médicaments prescrits hors indication thérapeutique. AMM : autorisation de mise sur le marché. (6) En pourcentage du prix payé (7) Sont exclus les matériels médicaux non pris en charge par la Sécurité sociale.

Participation de la Mutuelle dès le premier euro pour les remboursements indiqués en bleu.

Remboursements pour des prestations effectuées en Métropole et dans les DROM et COM (sauf N^{elle} Calédonie et Wallis et Futuna)

Prévention

		Part Sécurité sociale	Utile	Naturelle	Essentielle	Optimale
Prévention	Contraceptif non pris en charge par la Sécurité sociale (sur prescription médicale)	-	<i>30 €/an</i>	<i>30 €/an</i>	-	<i>70 €/an</i>
	Vaccin non pris en charge par la Sécurité sociale (sur prescription médicale)	-	<i>40 €¹</i>	<i>40 €¹</i>	<i>40 €¹</i>	<i>40 €¹</i>

(1) 40 € par vaccin - limité à 3 vaccins par an.

Participation de la Mutuelle dès le premier euro pour les remboursements indiqués en bleu.

Remboursements pour des prestations effectuées en Métropole et dans les DROM et COM (sauf N^{elle} Calédonie et Wallis et Futuna)

Thérapies complémentaires remboursées par la Sécurité sociale

		Part Sécurité sociale	Utile	Naturelle	Essentielle	Optimale
Consultations psychologues ²	8 séances par an	60 %	<i>40 %</i>	<i>40 %</i>	<i>40 %</i>	<i>40 %</i>

(2) Dispositif de prise en charge des séances d'accompagnement réalisées par un psychologue prévu par le décret n°2022-195 du 17 février 2022 et son arrêté du 8 mars 2022 relatif aux tarifs, codes de facturation et critères d'inclusion du dispositif de prise en charge de séances d'accompagnement psychologique.

Remboursements pour des prestations effectuées en Métropole et dans les DROM et COM (sauf N^{elle} Calédonie et Wallis et Futuna)

Thérapies complémentaires³⁻⁴ non remboursées par la Sécurité sociale

		Part Sécurité sociale	Utile	Naturelle	Essentielle	Optimale
Ostéopathie	3 séances par an pour chaque groupe de spécialités	-	-	<i>30 € par séance</i>	<i>40 € par séance</i>	<i>60 € par séance</i>
Chiropractie		-	-	<i>20 € par séance</i>	<i>30 € par séance</i>	<i>40 € par séance</i>
Acupuncture		-	-	<i>15 € par séance</i>	<i>15 € par séance</i>	<i>30 € par séance</i>
Psychologie/ Psychothérapie		-	<i>15 € par séance</i>	<i>20 € par séance</i>	<i>20 € par séance</i>	<i>40 € par séance</i>
Psychomotricité		-	-	<i>20 € par séance</i>	<i>20 € par séance</i>	<i>40 € par séance</i>
Séances de Diététique/ Nutrition		-	-	<i>30 € par séance</i>	<i>20 € par séance</i>	<i>30 € par séance</i>
Podologie/ Pédicure		-	-	<i>15 € par séance</i>	<i>15 € par séance</i>	<i>15 € par séance</i>

(3) Séances dispensées par un professionnel titulaire d'un numéro ADELI ou RPPS ou FINESS.

(4) Limité à un forfait annuel global toute catégorie confondue, hors Psychologie/Psychothérapie, à 140 € pour la garantie Naturelle, 170 € pour la garantie Essentielle et 230 € pour la garantie Optimale.

Participation de la Mutuelle dès le premier euro pour les remboursements indiqués en bleu italique.

L'affichage des prestations d'Unéo respecte les recommandations de bonnes pratiques édictées par l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM). Les remboursements Unéo sont ainsi calculés en fonction de la **base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale de Métropole** et certaines participations sont conditionnées au respect du parcours de soins coordonnés.

Les taux et montants Sécurité sociale affichés correspondent à une participation standard selon la BR de la Sécurité sociale.

Les remboursements sont basés sur le taux du régime général au 1^{er} janvier 2024, les dépassements d'honoraires sont accordés uniquement dans le cadre du parcours de soins. Les remboursements sont effectués dans la limite des frais restant à la charge du membre participant (article M. 19 du règlement mutualiste Unéo-Référence et Unéo-International). Les **participations forfaitaires** sont entendues par année civile.

Les remboursements incluent le **ticket modérateur de la Sécurité sociale** lorsque celui-ci existe.



Retrouvez le lexique des termes utilisés dans le bon à savoir en page 2.

Remboursements pour des prestations effectuées en Métropole et dans les DROM et COM (sauf N^{elle} Calédonie et Wallis et Futuna)

Dentaire¹

		Part Sécurité sociale	Utile	Naturelle	Essentielle	Optimale
Soins et prothèses 100% Santé²	Soins et prothèses 100 % Santé	<i>Aucun reste à charge³</i>				
Autres soins⁴	Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale					
	Consultations, visites, soins dentaires, actes médicaux de chirurgien-dentiste, actes d'imagerie dentaire, actes de chirurgie dentaire, actes de parodontologie, de prophylaxie bucco-dentaire et d'endodontie.	60 %	40 % BR	40 % BR	40 % BR	40 % BR
	Inlay Onlay ⁵ avec reste à charge maîtrisé ³ ou à tarif libre	60 %	65 % BR	240 % BR	240 % BR	240 % BR
Autres prothèses	Prothèses remboursées par la Sécurité sociale					
	Prothèses dentaires (dont prothèses sur implant) ⁵ avec reste à charge maîtrisé ³ ou à tarif libre	60 %	110 % BR	260 % BR	360 % BR	410 % BR
	Inlay Core ⁵	60 %	65 % BR	240 % BR	240 % BR	240 % BR
	Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale					
	Prothèses dentaires ⁵	-	-	-	-	250%
Implantologie	Implant non remboursé par la Sécurité sociale ⁶	-	-	300 € par implant	450 € par implant	600 € par implant
Orthodontie⁵	Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale (traitement commencé avant 16 ans)					
	Traitement 3 ans maximum	100 %	25 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
	1 ^{re} année de contention	100 %	25 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
	2 ^e année de contention	60 %	40 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
	Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (traitement adulte commencé après 16 ans)⁷					
	Traitement de 2 ans maximum	-	150 €/an	-	-	400 €/an
Parodontologie	Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale	-	115 €/an	300 €/an	450 €/an	600 €/an

(1) Sont exclus les actes ne figurant pas dans la classification commune des actes médicaux (CCAM), sauf la maintenance parodontale. (2) Tels que définis réglementairement. (3) Dans la limite des honoraires limités de facturation. (4) Les taux affichés en complément de la Sécurité sociale de Métropole comprennent le TM quand il existe. (5) Taux sur base TC (tarif de convention), TM inclus. (6) Par implant racine dans la limite de 3 par an à l'exclusion du pilier implantaire et de tout autre accastillage. (7) Prise en charge des seuls traitements d'orthodontie à l'exclusion de la contention et de tout autre type de soins.

Participation de la Mutuelle dès le premier euro pour les remboursements indiqués en bleu.

Remboursements pour des prestations effectuées en Métropole et dans les DROM et COM (sauf N^{elle} Calédonie et Wallis et Futuna)

Optique

		Part Sécurité sociale	Utile	Naturelle	Essentielle	Optimale
Équipements 100% Santé^{1, 3}	Monture	<i>Aucun reste à charge²</i>				
	Verres					
	Prestations d'appairage					
	Suppléments pour verres avec filtre					
Autres verres ou montures^{2, 3, 4}	Monture	0,03 €	50 €	85 €	85 €	95 €
	Verres unifocaux simples (a1)	0,03 €	25 €	35 €	37 €	41 €
	Verres unifocaux simples (a2, a3)	0,03 €	27 €	50 €	66 €	84 €
	Verres unifocaux complexes (c1, c2, c3, c4)	0,03 €	75 €	78 €	81 €	84 €
	Verres multifocaux ou progressifs complexes (c5)	0,03 €	75 €	85 €	85 €	88 €
	Verres multifocaux ou progressifs complexes (c6, c7)	0,03 €	75 €	90 €	114 €	145 €
	Verres multifocaux ou progressifs très complexes (f1)	0,03 €	75 €	90 €	90 €	90 €
	Verres multifocaux ou progressifs très complexes (f2)	0,03 €	75 €	90 €	114 €	145 €
	Verres multifocaux ou progressifs très complexes (f3, f4)	0,03 €	75 €	100 €	114 €	145 €
	Verre neutre	-	TM	TM	TM	TM
Autres suppléments et prestations	Suppléments et prestations optiques (y compris appareils pour amblyopie)	-	TM	TM	TM	TM
Lentilles	Lentilles remboursées par la Sécurité sociale y compris verres de contact (TM inclus)	23,69 €/an	180 €/an	130 €/an	90 €/an	340 €/an
	Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale (à l'exclusion des lentilles de couleur non correctrices)	-	140 €/an	90 €/an	50 €/an	300 €/an
Chirurgie réfractive	Chirurgie réfractive de l'œil sur prescription ⁵	-	300 €/an/œil	300 €/an/œil	-	500 €/an/œil

(1) Tels que définis réglementairement. (2) Dans la limite des prix limites de vente. (3) Remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Cette période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique ou du dernier élément de ce dernier. (4) Voir le tableau de correspondance dans le chapitre garanties responsables et solidaires du Règlement mutualiste Unéo-Référence et Unéo-International applicable à compter du 1^{er} janvier 2024. (5) Hors implant, non associée à la chirurgie à visée thérapeutique prise en charge par la Sécurité sociale (exemple : cataracte, greffe de cornée).

Participation de la Mutuelle dès le premier euro pour les remboursements indiqués en bleu.

TM : ticket modérateur (différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire, avant application sur celui-ci de la participation d'un euro ou d'une franchise).

Remboursements pour des prestations effectuées en Métropole et dans les DROM et COM (sauf N^{elle} Calédonie et Wallis et Futuna)

Hospitalisation¹

		Part Sécurité sociale	Utile	Naturelle	Essentielle	Optimale
Honoraires^{2, 3, 4}	Chirurgiens OPTAM/OPTAM-CO	80 %	90 % BR	90 % BR	90 % BR	90 % BR
	Chirurgiens non OPTAM/OPTAM-CO	80 %	70 % BR	70 % BR	70 % BR	70 % BR
	Anesthésistes OPTAM	80 %	90 % BR	90 % BR	90 % BR	90 % BR
	Anesthésistes non OPTAM	80 %	70 % BR	70 % BR	70 % BR	70 % BR
	Obstétriciens OPTAM/OPTAM-CO	80 %	90 % BR	90 % BR	90 % BR	90 % BR
	Obstétriciens non OPTAM/OPTAM-CO	80 %	70 % BR	70 % BR	70 % BR	70 % BR
	Médecins (honoraires de surveillance) OPTAM	80 %	40 % BR	90 % BR	90 % BR	90 % BR
	Médecins (honoraires de surveillance) non OPTAM	80 %	20 % BR	70 % BR	70 % BR	70 % BR
	Actes techniques médicaux OPTAM/OPTAM-CO	80 %	40 % BR	90 % BR	90 % BR	90 % BR
	Actes techniques médicaux non OPTAM/OPTAM-CO	80 %	20 % BR	70 % BR	70 % BR	70 % BR
Participation du patient	Forfait 24 € pour coefficient ≥ 60 (NGAP) ou montant ≥ 120 € (CCAM)	-	24 €	24 €	24 €	24 €
Frais de séjour^{2,4}	Frais liés à l'hospitalisation (y compris la pharmacie hospitalière)	80 %	20 % BR	20 % BR	20 % BR	20 % BR
Forfait journalier hospitalier⁵	Forfait journalier hospitalier (FJH)	-	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels
Forfait patient urgences	Forfait patient urgences (FPU)	-	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels
Chambre particulière	Hospitalisation avec hébergement (y compris pour la rééducation)	-	40 €/jour	40 €/jour	50 €/jour	60 €/jour
	Soins de suite et réadaptation ⁶	-	-	30 €/jour	30 €/jour	30 €/jour
	Hospitalisation sans hébergement ⁷	-	15 €	16 €	17 €	18 €
Frais d'accompagnant⁸	Enfant de moins de 16 ans	-	-	30 €/jour	-	30 €/jour
	Enfant handicapé de moins de 20 ans	-	-	30 €/jour	-	30 €/jour
Frais de télévision	Forfait par hospitalisation (par jour d'hospitalisation)	-	6 €	6 €	6 €	6 €
Autres structures hospitalières^{2,4}	Séjour en aérium, préventorium, sanatorium	80 %	20 % BR	20 % BR	20 % BR	20 % BR
	Maison d'enfants à caractère sanitaire spécialisée ou non	80 %	20 % BR	20 % BR	20 % BR	20 % BR
	Maison de repos et convalescence	80 %	20 % BR	20 % BR	20 % BR	20 % BR

(1) Y compris les hospitalisations à domicile (HAD). Sont exclues les hospitalisations non prises en charge par la Sécurité sociale. (2) Taux exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale de Métropole. (3) OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux médecins spécialistes de secteur 2) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique). (4) Les taux affichés en complément de la Sécurité sociale comprennent le TM quand il existe. (5) Prise en charge de l'intégralité du forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers de santé, sous réserve des exclusions suivantes : les établissements médico-sociaux (tels que les maisons d'accueil spécialisées (MAS), EHPAD, ESAT, centres ou instituts pour enfance handicapée ou inadaptée (CMPP, IME, IMP, IMPRO, ITEP) etc.) ainsi que les établissements de long séjour (tels que maisons de retraite), ne donnant pas lieu à un forfait journalier. (6) Exclusion de la prise en charge de la chambre particulière en maison d'enfants à caractère sanitaire (MECS). (7) Hospitalisation sans hébergement pour la chirurgie et/ou l'anesthésie ambulatoire. (8) Frais de repas et d'hébergement uniquement (frais de transport exclus).

Participation de la Mutuelle dès le premier euro pour les remboursements indiqués en bleu.

Remboursements pour des prestations effectuées en Métropole et dans les DROM et COM (sauf N^{elle} Calédonie et Wallis et Futuna)

Aides auditives

		Part Sécurité sociale	Utile	Naturelle	Essentielle	Optimale
Équipements 100% Santé ^{1,2}	Aides auditives (jusqu'à 19 ans inclus)	<i>Aucun reste à charge³</i>				
	Aides auditives (20 ans et plus)					
Autres aides prises en charge par la Sécurité sociale ^{1,2}	Aides auditives (jusqu'à 19 ans inclus ou assurés atteints de cécité)	840 €	560 €	560 €	600 €	800 €
	Aides auditives (20 ans et plus)	240 €	710 €	710 €	710 €	800 €
Fournitures et accessoires pour les aides auditives ⁴		60 %	40 %	40 %	40 %	40 %

(1) Prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans. L'adaptation de l'aide auditive est réalisée par l'audioprothésiste pendant 4 ans, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires. (2) Tels que définis réglementairement, dans la limite d'un plafond de remboursement (RO + RC) : 1700 €. (3) Dans la limite des prix limites de vente. (4) Taux exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale de Métropole.

Remboursements pour des prestations effectuées en Métropole et dans les DROM et COM (sauf N^{elle} Calédonie et Wallis et Futuna)

Transports

		Part Sécurité sociale	Utile	Naturelle	Essentielle	Optimale
Pris en charge par la Sécurité sociale ⁵	Acte médical prescrit	55%	45 % BR	45 % BR	45 % BR	45 % BR
Non pris en charge par la Sécurité sociale	Acte médical prescrit mais non remboursé par la Sécurité sociale	-	-	-	-	50 % du prix payé limité à 200 €/an

(5) Les taux affichés en complément de la Sécurité sociale de Métropole comprennent le TM quand il existe.

Participation de la Mutuelle dès le premier euro pour les remboursements indiqués en bleu.

Remboursements pour des prestations effectuées en Métropole et dans les DROM et COM (sauf N^{elle} Calédonie et Wallis et Futuna)

Cures thermales⁶

		Part Sécurité sociale	Utile	Naturelle	Essentielle	Optimale
Honoraires ⁷	Surveillance médicale (soins)	70%	30 % BR	30 % BR	30 % BR	30 % BR
	Hydrothérapie	65%	35 % BR	35 % BR	35 % BR	35 % BR
	Hospitalisation	80%	20 % BR	20 % BR	20 % BR	20 % BR
Transports et hébergement ^{7,8}	Sous condition de ressources	65%	35 % BR	35 % BR	35 % BR	35 % BR
Transport et hébergement Forfait annuel ⁸	Sans condition de ressources	-	-	-	200 €/an	250 €/an

(6) Sont exclues les cures thermales non prises en charge par la Sécurité sociale. (7) Les taux affichés en complément de la Sécurité sociale de Métropole comprennent le TM quand il existe. (8) Les frais de transport sont remboursés sur la base de 0,32 €/km pour un déplacement en voiture particulière. Les frais de péage et de parking ne sont pas pris en compte dans les frais de transport. Sont exclus les frais de repas pris à l'extérieur de l'établissement thermal. Le forfait annuel intervient en complément de toute participation éventuelle de la Sécurité sociale, dans la limite de la dépense engagée.

Participation de la Mutuelle dès le premier euro pour les remboursements indiqués en bleu.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT⁽¹⁾

Utile

Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €	20,00 € (15,00 €)	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	40,00 €	Selon les frais engagés

Séjour avec actes lourds

L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.

Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé

Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24,00 €	24,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422,00 €	271,70 €	271,70 €	150,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (avec un plafond à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	463,00 €	271,70 €	271,70 €	135,85€	55,45€

Séjour sans actes lourds

L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.

Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public

Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0,00 €



Retrouvez le lexique des termes utilisés dans le bon à savoir en page 2.

Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 1,00 €	30 % BR	1,00 € de participation forfaitaire
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50 €	26,50 €	17,55 €	7,95 €	1,00 € de participation forfaitaire
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	31,50 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1,00 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 1,00 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat AMC	1,00 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	49,00 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	15,50 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	52,00 €	31,50 €	21,05 €	15,75 €	15,20 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 1,00 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (avec un plafond à 100% BR)	1,00 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	64,00 €	23,00 €	16,10 €	6,90 €	41,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	65,00 €	23,00 €	15,10 €	6,90 €	43,00 €
Matériel médical	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	1,59 €

1) Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés. 2) Les contrats sont dits responsables quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé. 3) La BR est un tarif de référence fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire. 4) Prix limite de vente. 5) Il convient de se référer pour les verres simples à ceux ayant le code LPP 2208756, ce qui correspond dans le règlement mutualiste Unéo-Référence à la référence a2. 6) Il convient de se référer pour les verres progressifs à ceux ayant le code LPP 2203948, ce qui correspond dans le règlement mutualiste à la référence c6.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'Unocam. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>).

Utile (suite)

Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100 % santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500,00 €	120,00 €	72,00 €	428,00 €	0,00 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Pose d'une couronne céramométallique sur molaires	554,00 €	120,00 €	72,00 €	132,00 €	350,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Traitement par semestre (6 semestres max.)	698,00 €	193,50 €	193,50 €	48,37 €	456,13 €
OPTIQUE					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV 4)	0,00 €
Verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30,00 € (monture)	12,75 € par verre + 9,00 € la monture	7,65 € par verre + 5,40 € la monture	34,85 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0,00 €
Verres progressifs et monture	90,00 € (par verre) + 30,00 € (monture)	27,00 € (par verre) + 9,00 € (monture)	16,20 € (par verre) + 5,40 € (monture)	73,80 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Verres simples (5) et monture	107,00 € (par verre) + 142,00 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	27,00 € (par verre) + 50,00 € (monture)	251,91€
Verres progressifs (6) et monture	239,00 € (par verre) + 142,00 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	75,00 € (par verre) + 50,00 € (monture)	419,91 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	140,00 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	600,00 €	Selon les frais engagés

Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
--	---	--	---	--	----------------

AIDES AUDITIVES

Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	615,00 €

AUTRES EXEMPLES

Soins courants	Prix moyen national	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Kinésithérapeute avec dépassement d'honoraires	32,00 €	16,13 €	9,18 €	6,45 €	16,37 €
Thérapies complémentaires	Prix moyen national	BR	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ostéopathe	60,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	60,00 €
Chiropracteur	52,50 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	52,50 €
Acupuncteur	55,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	55,00 €
Diététicien	30,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	30,00 €
Podologue	30,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	30,00 €
Matériel médical	Prix moyen national	BR	Prise en charge SS	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Semelle orthopédique pointure >37 (deux semelles)	237,50 €	28,86 €	17,32 €	11,54 €	208,64 €
Dentaire	Prix moyen national	BR	Prise en charge SS	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Pose d'une couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	550,00 €	120,00 €	72,00 €	132,00 €	346,00 €
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	1 200,00 €	0,00 €	0,00 €	150,00 €	1 050,00 €



Retrouvez le lexique des termes utilisés dans le bon à savoir en page 2.

1) Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

2) Les contrats sont dits responsables quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

3) La BR est un tarif de référence fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4) Prix limite de vente.

5) Il convient de se référer pour les verres simples à ceux ayant le code LPP 2208756, ce qui correspond dans le règlement mutualiste Unéo référence à la référence a2

6) Il convient de se référer pour les verres progressifs à ceux ayant le code LPP 2203948, ce qui correspond dans le règlement mutualiste à la référence c6

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'Unocam. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS⁽¹⁾ DE FRAIS DE SANTÉ

Naturelle

Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
--	---	--	---	--	----------------

HOSPITALISATION

Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €	20,00 € (15,00 €)	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	40,00 €	Selon les frais engagés

Séjour avec actes lourds

L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.

Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé

Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24,00 €	24,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422,00 €	271,70 €	271,70 €	150,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (avec un plafond à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	463,00 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	55,45 €

Séjour sans actes lourds.

L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.

Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public

Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0,00 €



Retrouvez le lexique des termes utilisés dans le bon à savoir en page 2.

Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 1,00 €	30 % BR	1,00 € de participation forfaitaire
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50 €	26,50 €	17,55 €	7,95 €	1,00 € de participation forfaitaire
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	31,50 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1,00 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 1,00 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat AMC	1,00 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 6 ans	49,00 €	33,50 €	23,45 €	25,56 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	52,00 €	31,50 €	21,05 €	26,77 €	4,18 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 1,00 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (avec un plafond à 100% BR)	1,00 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	64,00 €	23,00 €	16,10 €	14,95 €	32,95 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	65,00 €	23,00 €	15,10 €	14,95 €	34,95 €
Matériel médical	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	11,35 €	0,00 €

1) Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés. 2) Les contrats sont dits responsables quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé. 3) La BR est un tarif de référence fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire. 4) Prix limite de vente. 5) Il convient de se référer pour les verres simples à ceux ayant le code LPP 2208756, ce qui correspond dans le règlement mutualiste Unéo-Référence à la référence a2. 6) Il convient de se référer pour les verres progressifs à ceux ayant le code LPP 2203948, ce qui correspond dans le règlement mutualiste à la référence c6.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'Unocam. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>).

Naturelle (suite)

Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100 % santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500,00 €	120,00 €	72,00 €	428,00 €	0,00 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Pose d'une couronne céramométallique sur molaires	554,00 €	120,00 €	72,00 €	312,00 €	170,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Traitement par semestre (6 semestres max.)	698,00 €	193,50 €	193,50 €	387,00 €	117,50 €
OPTIQUE					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €
Verres simples (5) et monture	42,50 € (par verre) + 30,00 € (monture)	12,75 € par verre + 9,00 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0,00 €
Verres progressifs (6) et monture	90,00 € (par verre) + 30,00 € (monture)	27,00 € par verre + 9,00 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Verres simples ⁽⁴⁾ et monture	107,00 € (par verre) + 142,00 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	50,00 € (par verre) + 85,00 € (monture)	170,91 €
Verres progressifs ⁽⁶⁾ et monture	239,00 € (par verre) + 142,00 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	90,00 € (par verre) + 85,00 € (monture)	354,91 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	90,00 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	600,00 €	Selon les frais engagés

Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
--	---	--	---	--	----------------

AIDES AUDITIVES

Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	615,00 €

AUTRES EXEMPLES

Soins courants	Prix moyen national	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Kinésithérapeute avec dépassement d'honoraires	32,00 €	16,13 €	9,18 €	12,10 €	10,72 €
Thérapies complémentaires	Prix moyen national	BR	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ostéopathe	60,00 €	0,00 €	0,00 €	30,00 €	30,00 €
Chiropracteur	52,50 €	0,00 €	0,00 €	20,00 €	32,50 €
Acupuncteur	55,00 €	0,00 €	0,00 €	15,00 €	40,00 €
Dietéticien	30,00 €	0,00 €	0,00 €	30,00 €	0,00 €
Podologue	30,00 €	0,00 €	0,00 €	15,00 €	15,00 €
Matériel médical	Prix moyen national	BR	Prise en charge SS	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Semelle orthopédique pointure >37 (deux semelles)	237,50 €	28,86 €	17,32 €	57,72 €	162,46 €
Dentaire	Prix moyen national	BR	Prise en charge SS	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Pose d'une couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	550,00 €	120,00 €	72,00 €	312,00 €	166,00 €
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	1 200,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1 200,00 €

1) Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

2) Les contrats sont dits responsables quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consultez le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

3) La BR est un tarif de référence fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4) Prix limite de vente.

5) Il convient de se référer pour les verres simples à ceux ayant le code LPP2208756, ce qui correspond dans le règlement mutualiste Unéo référence à la référence a2

6) Il convient de se référer pour les verres progressifs à ceux ayant le code LPP2203948, ce qui correspond dans le règlement mutualiste à la référence c6

7) Limité à un forfait annuel global toute catégorie confondus à 140 € pour la garantie Naturelle

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'Unocam. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS⁽¹⁾ DE FRAIS DE SANTÉ

Essentielle

Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
--	---	--	---	--	----------------

HOSPITALISATION

Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €	20,00 € (15,00 €)	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	50,00 €	Selon les frais engagés

Séjour avec actes lourds.

L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.

Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé

Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24,00 €	24,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422,00 €	271,70 €	271,70 €	150,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (avec un plafond à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	463,00 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	55,45 €

Séjour sans actes lourds.

L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.

Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public

Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0,00 €



Retrouvez le lexique des termes utilisés dans le bon à savoir en page 2.

Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 1,00 €	30 % BR	1,00 € de participation forfaitaire
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50 €	26,50 €	17,55 €	7,95 €	1,00 € de participation forfaitaire
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	31,50 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1,00 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 1,00 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat AMC	1,00 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	49,00 €	33,50 €	23,45 €	25,55 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	52,00 €	31,50 €	21,05 €	29,95 €	1,00 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 1,00 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (avec un plafond à 100% BR)	1,00 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	64,00 €	23,00 €	16,10 €	18,40 €	29,50 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	65,00 €	23,00 €	15,10 €	18,40 €	31,50 €
Matériel médical	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	11,35 €	0,00 €

1) Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés. 2) Les contrats sont dits responsables quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé. 3) La BR est un tarif de référence fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire. 4) Prix limite de vente. 5) Il convient de se référer pour les verres simples à ceux ayant le code LPP 2208756, ce qui correspond dans le règlement mutualiste Unéo-Référence à la référence a2. 6) Il convient de se référer pour les verres progressifs à ceux ayant le code LPP 2203948, ce qui correspond dans le règlement mutualiste à la référence c6.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'Unocam. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-télécharger/>).

Essentielle (suite)

Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100 % santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des HLF	0,00 €
Pose d'une couronne céramo- métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500,00 €	120,00 €	72,00 €	428,00 €	0,00 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Pose d'une couronne céramométallique sur molaires	554,00 €	120,00 €	72,00 €	432,00 €	50,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Traitement par semestre (6 semestres max.)	698,00 €	193,50 €	193,50 €	387,00 €	117,50 €
OPTIQUE					
Équipement 100 % santé	prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €
Verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30,00 € (monture)	12,75 € par verre + 9,00 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0,00 €
Verres progressifs et monture	90,00 € (par verre) + 30,00 € (monture)	27,00 € par verre + 9,00 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Verres simples (5) et monture	107,00 € (par verre) + 142,00 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	66,00 € (par verre) + 85,00 € (monture)	138,91 €
Verres progressifs (6) et monture	239,00 € (par verre) + 142,00 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	114,00 € (par verre) + 85,00 € (monture)	306,91 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	50,00 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	0,00 €	Selon les frais engagés

Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
AIDES AUDITIVES					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	615,00 €
AUTRES EXEMPLES					
Soins courants	Prix moyen national	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Kinésithérapeute avec dépassement d'honoraires	32,00 €	16,13 €	9,18 €	14,52 €	8,31 €
Thérapies complémentaires	Prix moyen national	BR	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ostéopathe	60,00 €	0,00 €	0,00 €	40,00 €	20,00 €
Chiropracteur	52,50 €	0,00 €	0,00 €	30,00 €	22,50 €
Acupuncteur	55,00 €	0,00 €	0,00 €	15,00 €	40,00 €
Dietéticien	30,00 €	0,00 €	0,00 €	20,00 €	10,00 €
Podologue	30,00 €	0,00 €	0,00 €	15,00 €	15,00 €
Matériel médical	Prix moyen national	BR	Prise en charge SS	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Semelle orthopédique pointure >37 (deux semelles)	237,50 €	28,86 €	17,32 €	57,72 €	162,46 €
Dentaire	Prix moyen national	BR	Prise en charge SS	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Pose d'une couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	550,00 €	120,00 €	72,00 €	432,00 €	46,00 €
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	1 200,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1 200,00 €

1) Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés. 2) Les contrats sont dits responsables quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé. 3) La BR est un tarif de référence fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire. 4) Il convient de se référer pour les verres simples à ceux ayant le code LPP 2208756, ce qui correspond dans le règlement mutualiste Unéo-Référence à la référence a2.5) Il convient de se référer pour les verres progressifs à ceux ayant le code LPP 2203948, ce qui correspond dans le règlement mutualiste à la référence c6.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'Unocam. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>).

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS⁽¹⁾ DE FRAIS DE SANTÉ

Optimale

Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
--	---	--	---	--	----------------

HOSPITALISATION

Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €	20,00 € (15,00 €)	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	60,00 €	Selon les frais engagés

Séjour avec actes lourds.

L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.

Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé

Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24,00 €	24,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422,00 €	271,70 €	271,70 €	150,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (avec un plafond à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	463,00 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	55,45 €

Séjour sans actes lourds.

L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.

Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public

Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0,00 €



Retrouvez le lexique des termes utilisés dans le bon à savoir en page 2.

Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 1,00 €	30 % BR	1,00 € de participation forfaitaire
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50 €	26,50 €	17,55 €	7,95 €	1,00 € de participation forfaitaire
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	31,50 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1,00 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 1,00 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat AMC	1,00 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	49,00 €	33,50 €	23,45 €	25,55 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	52,00 €	31,50 €	21,05 €	29,95 €	1,00 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 1,00 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (avec un plafond à 100% BR)	1,00 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	64,00 €	23,00 €	16,10 €	21,85 €	26,05 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	65,00 €	23,00 €	15,10 €	21,85 €	28,05 €
Matériel médical	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	11,35 €	0,00 €

1) Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés. 2) Les contrats sont dits responsables quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé. 3) La BR est un tarif de référence fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire. 4) Prix limite de vente. 5) Il convient de se référer pour les verres simples à ceux ayant le code LPP 2208756, ce qui correspond dans le règlement mutualiste Unéo référence à la référence a2 6) il convient de se référer pour les verres progressifs à ceux ayant le code LPP 2203948, ce qui correspond dans le règlement mutualiste à la référence c6

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'Unocam. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

Optimale (suite)

Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100 % santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des HLF	0,00 €
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	72,00 €	428,00 €	0,00 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Pose d'une couronne céramométallique sur molaires	554,00 €	120,00 €	72,00 €	482,00 €	0,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Traitement par semestre (6 semestres max.)	698,00 €	193,50 €	193,50 €	387,00 €	117,50 €
OPTIQUE					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €
Verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30,00 € (monture)	12,75 € par verre + 9,00 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0,00 €
Verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9,00 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Verres simples (5) et monture	107,00 € (par verre) + 142,00 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	84,00 € (par verre) + 95,00 € (monture)	92,91 €
Verres progressifs (6) et monture	239,00 € (par verre) + 142,00 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	145,00 € (par verre) + 95,00 € (monture)	234,91 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	300,00 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	1 000,00 €	Selon les frais engagés

Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
--	---	--	---	--	----------------

AIDES AUDITIVES

Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €

Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565,00 €	400,00 €	240,00 €	800,00 €	525,00 €

AUTRES EXEMPLES

Soins courants	Prix moyen national	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Kinésithérapeute avec dépassement d'honoraires	32,00 €	16,13 €	9,18 €	16,94 €	5,89€

Thérapies complémentaires	Prix moyen national	BR	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ostéopathe	60,00 €	0,00 €	0,00 €	60,00 €	0,00 €
Chiropracteur	52,50 €	0,00 €	0,00 €	40,00 €	12,50 €
Acupuncteur	55,00 €	0,00 €	0,00 €	30,00 €	25,00 €
Dietéticien	30,00 €	0,00 €	0,00 €	30,00 €	0,00 €
Podologue	30,00 €	0,00 €	0,00 €	15,00 €	15,00 €

Matériel médical	Prix moyen national	BR	Prise en charge SS	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Semelle orthopédique pointure >37 (deux semelles)	237,50 €	28,86 €	17,32 €	57,72 €	162,46 €

Dentaire	Prix moyen national	BR	Prise en charge SS	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Pose d'une couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	550,00 €	120,00 €	72,00 €	478,00 €	0,00 €
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	1 200,00 €	0,00 €	0,00 €	400,00 €	800,00 €

1) Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés. 2) Les contrats sont dits responsables quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé. 3) La BR est un tarif de référence fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire. 4) Prix limite de vente. 5) il convient de se référer pour les verres simples à ceux ayant le code LPP 2208756, ce qui correspond dans le règlement mutualiste Unéo référence à la référence a2 6) il convient de se référer pour les verres progressifs à ceux ayant le code LPP 2203948, ce qui correspond dans le règlement mutualiste à la référence c6

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'Unocam. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)



- intégrée dans votre garantie santé d'Unéo-Référence -

Rapatriement/Assistance¹

Pour vous accompagner dans votre quotidien, Unéo a intégré dans votre garantie santé d'Unéo-Référence la protection Rapatriement/Assistance¹ qui regroupe des services adaptés à chaque situation de vie : les événements du quotidien, la projection en OPEX/MISSINT/MCD, la mobilité géographique, la reconversion dans le civil. En voici quelques exemples :

En cas de décès d'un proche

Unéo et IMA Assurances sont présentes pour vous accompagner en vous proposant l'organisation et la prise en charge des frais d'acheminement, sur le lieu d'inhumation ou d'obsèques, en France, des bénéficiaires en déplacement à plus de 50 kilomètres du domicile.

En cas d'hospitalisation imprévue ou programmée, ou en cas d'ambulatoire

Afin de vous aider à faire face, Unéo et IMA Assurances vous proposent des services d'assistance à domicile comme une aide à domicile, la prise en charge du déplacement aller/retour d'un proche, la livraison des courses ou de repas en cas d'incapacité à se déplacer, ou encore la conduite à l'école et soutien scolaire au domicile.

Pour les militaires en activité : Lorsque vous êtes en OPEX/MISSINT/MCD et que votre conjoint fait face à une hospitalisation imprévue, Unéo et IMA Assurances restent à ses côtés en renforçant son accompagnement pour l'aide à domicile et la prise en charge des enfants.

Dans votre vie quotidienne

Unéo et IMA Assurances sont présentes, également, pour vous faciliter la vie en cas de problème dans votre logement (perte de clé, panne d'électricité, chauffage...) en organisant par exemple la prise en charge des frais de déplacement et de la 1^{re} heure de main d'œuvre d'un des prestataires agréés par IMA Assurances à votre domicile.

Pour la gestion de votre budget

Pour les personnes qui en ont besoin, Unéo et IMA Assurances mettent à leur disposition des interlocuteurs dédiés à la gestion du budget qui les orienteront dans leurs démarches.

Pour votre mobilité géographique

Vous avez été muté dans une nouvelle ville, vous n'avez sûrement pas les bons repères et les bons contacts. Unéo et IMA Assurances vous accompagnent dans la mise en relation avec les professionnels du déménagement et dans l'accompagnement individualisé pour la recherche d'emploi de votre conjoint.

Spécial militaires en activité

Pour votre reconversion

La vie militaire et la vie civile sont différentes. Vous pouvez compter sur Unéo et IMA Assurances pour continuer à vous accompagner en vous proposant des conseils et orientation dans les démarches administratives liées à votre reconversion et à la recherche d'emploi.

Numéro de téléphone dédié



05 49 34 82 52 depuis la France (appel non surtaxé - 24 h/24 - 7 j/7)



+33 5 49 34 82 52 depuis l'étranger (appel non surtaxé - 24 h/24 - 7 j/7)

(1) Garanties assurées par IMA Assurances. Le détail des garanties figure dans la Notice d'information Rapatriement/Assistance disponible dans votre espace personnel Unéo/quotidien. Le bénéfice de la garantie est soumis au respect des conditions détaillées dans la notice d'information y afférente.



- intégrées dans votre garantie santé d'Unéo-Référence avec supplément de cotisation -

Maintien d'autonomie/dépendance et décès (Arméo)¹ pour l'adhérent et son conjoint

Rente dépendance²

Bénéficiez d'une rente mensuelle.

Rente de 300 €/mois exonérée d'impôt.

Services³

Arméo Assistance vous propose des prestations, que vous soyez aidant ou aidé :

- proposer des solutions de garde de l'aidé⁴ ;
- soulager le quotidien de l'aidé et de l'aidant⁴ ;
- assurer tranquillité et sécurité.

Numéro de téléphone dédié



05 49 34 82 52 depuis la France (appel non surtaxé - 24 h/24 - 7 j/7)



+33 5 49 34 82 52 depuis l'étranger (appel non surtaxé - 24 h/24 - 7 j/7)

Capital décès

En cas de décès, votre (vos) bénéficiaire(s) désigné(s) recevra(ont) un capital.

- capital de base pour les assurés de moins de 65 ans : 4 150 € ;
- capital de base pour les assurés de 65 ans et plus : 2 000 €.

Si le décès est dû à un accident, le capital garanti de base est doublé, sous certaines conditions.

Capital orphelin⁵ : 4 150 €

Participation aux frais d'obsèques

- en cas de décès d'un enfant de 12 à 30 ans⁶ : 1 525 €

Inaptitude à servir

Garantie spécifique pour les militaires en activité de service⁷

En cas de réduction de votre solde indiciaire brute à la suite d'un placement en position de non-activité en raison d'un congé statutaire, soit de longue maladie, soit de longue durée pour maladie, des indemnités mensuelles vous sont réglées sous déduction des montants versés par le ministère des Armées ou des indemnités versées par Unéo ou par un autre organisme assureur. Cette garantie vous offre un complément financier, pendant 3 ans maximum, en cas de réduction de solde indiciaire brute en raison d'un congé statutaire, soit de longue maladie, soit de longue durée pour maladie.

- Option 1 : 75 % de la solde indiciaire brute annuelle, dans la limite de 100 % du net.
- Option 2 : 80 % de la solde indiciaire brute annuelle, dans la limite de 100 % du net (500 € minimum / mois).
- Option 3 : 90 % de la solde indiciaire brute annuelle, dans la limite de 100 % du net.

Rente éducation

Garantie spécifique pour les adhérents militaires en activité de service⁸, facultative pour les réservistes opérationnels ESR⁹

En cas de décès accidentel en service, une rente mensuelle de 500 € est versée à vos enfants, âgés de 16 à 26 ans, poursuivant des études (secondaires ou supérieures) ou en stage de formation professionnelle ou contrat d'apprentissage, pendant 4 ans maximum.

(1) Garanties assurées par Mutex et dont le bénéfice est soumis à conditions, définies dans les Notices d'information Maintien d'autonomie/dépendance et décès (Arméo). En cas d'état de dépendance totale GIR 1 et GIR 2 tel que défini dans la notice d'information Arméo. (3) Garantie d'assistance assurée par IMA Assurances. (4) Pour un accompagnement en cas d'entrée en invalidité ou dépendance ou en cas de besoin de répit de l'aidant, dans le respect des conditions de la notice y afférente. (5) Versement d'un capital en cas de décès avant 60 ans simultanément, ou dans les 365 jours suivant celui du conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS. Les bénéficiaires sont les enfants initialement à la charge de l'Adhérent et toujours à la charge de son conjoint, partenaire d'un PACS ou concubin au jour du décès de ce dernier. La notion d'enfant à charge est définie dans la notice d'information y afférente. (6) Versement d'un capital en cas de décès d'un enfant inscrit en tant qu'ayant droit au titre du contrat santé âgé d'au moins 12 ans et au plus de 30 ans et ce, jusqu'au 31 décembre qui suit son 30^e anniversaire. Le montant du capital garanti est limité en tout état de cause aux frais d'obsèques réellement engagés, à l'exclusion des frais de concession et de déplacement. Le capital versé est susceptible d'être insuffisant pour couvrir les frais prévisibles d'obsèques. (7) Réservée aux membres participants bénéficiaires des garanties Unéo-Référence ou Unéo-International, à l'exception des militaires en maintien d'adhésion et des réservistes opérationnels ESR. (8) Réservée aux membres participants bénéficiaires des garanties d'Unéo-Référence ou d'Unéo-International, à l'exception des militaires en maintien d'adhésion. La garantie est également optionnelle pour les peintres des armées visés à l'article 7.12 des Statuts de la Mutuelle. Voir conditions dans le Règlement mutualiste Unéo-Référence et Unéo-International en vigueur. (9) Réservée aux membres participants bénéficiaires des garanties d'Unéo-Référence ou d'Unéo-International. Voir conditions dans le Règlement mutualiste Unéo-Référence et Unéo-International en vigueur.

Unéo-Soutien

Des garanties optionnelles, en complément de vos garanties d'Unéo-Référence, pour un appui et un accompagnement au quotidien.

RENFORT ARMÉO¹

Une protection renforcée pour faire face à la perte d'autonomie.

En complément de la garantie Arméo, une protection complète pour vous aider à faire face financièrement, dès la reconnaissance de l'état de dépendance (dès GIR 3). Vous bénéficiez d'une rente mensuelle en cas de dépendance, de 300 à 2000 € par tranche de 100 € et d'un capital aménagement du domicile, en option, pour réduire le coût des travaux et faciliter votre vie quotidienne.

(1) Le contrat Renfort Arméo est assuré par Mutex. Voir le détail et les conditions dans la notice d'information y afférente.

PASS OPTIMONDE²

Une protection renforcée hors des frontières lors de courts séjours à l'étranger (vacances, stage ou études à l'étranger) comme en OPEX.

Vous partez en OPEX, en vacances, en court séjour ou vous vous rendez à l'étranger pour faire vos études ? Sur place, une hospitalisation imprévue ou un accident peut coûter cher. En cas de maladie ou d'accident soudain et imprévisible entraînant une hospitalisation ou un rapatriement, Unéo et IMA Assurances organisent votre transfert et le rapatriement sanitaire, l'avance de vos frais hospitaliers restant à votre charge jusqu'à 100 000 €. Vous bénéficiez également d'une assistance et d'une téléconsultation 24 h/24, 7 j/7.

(2) La garantie Pass Optimonde est assurée par IMA Assurances. Voir le détail et les conditions dans la notice d'information y afférente.

Les solutions qui vous facilitent la *vie*

Dédiées aux militaires et à leurs familles, Unéo vous apporte des réponses à vos besoins du quotidien.

Engagé

Une démarche qualité pour la communauté des militaires et leur famille

Une démarche prévention répondant à la fois aux enjeux spécifiques de santé des militaires et de leur famille et aux enjeux nationaux de santé publique, des informations et des outils d'experts reconnus, des professionnels qui vous accompagnent dans vos besoins et vos situations de vie.

Avantagé

Vacances, maison, bien-être, sport...

Des bons plans pour vous aider à maîtriser votre budget et vous accompagner au quotidien.

Des services et des équipements à des prix négociés même sur les promotions.

Assurances auto/moto, habitation...

Des solutions d'assurance GMF à des tarifs préférentiels et pensées exclusivement pour vous.

Crédits consommation, épargne, retraite...

Une sélection de services financiers pour vos projets de vie, pensés pour vous et qui vous font bénéficier d'un traitement privilégié.

www.groupe-uneo.fr



Bien plus
qu'une mutuelle

Restez en contact

Dans les unités militaires

Rencontrez, échangez avec votre conseiller mutualiste Unéo.

Au 0 970 809 000 Appel non surtaxé

Du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h 30.
Appelez votre conseiller mutualiste pour
bénéficier d'une étude personnalisée.

Unéo'quotidien

Accédez à vos informations, documents,
démarches et remboursements 24h/24, 7j/7
sur votre application mobile Unéo'quotidien.

groupe-uneo.fr

Retrouvez les informations sur votre mutuelle.

Unéo - Mon service client

TSA 81415 - 53106 Mayenne Cedex

Pour vos demandes de changement
de situation, vos remboursements, devis,
en indiquant votre numéro d'adhérent.

Être présent à vos côtés

Unéo est à vos côtés et fera
toujours de son mieux pour
vous accueillir et répondre
à vos besoins.

Vous pouvez trouver des réponses sur
votre protection santé et prévoyance
aussi bien auprès des conseillers
mutualistes Unéo que dans les
304 agences GMF réparties sur
l'ensemble du territoire.

Suivez notre actualité

-  facebook.com/mutuelleUneo
-  twitter.com/mutuelleUneo
-  instagram.com/mutuelleUneo
-  fr.linkedin.com/company/mutuelleuneo
-  youtube.com/@mutuelleuneo